

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 550

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

Par A. VALETTE

Né à Carla-Bayle (Ariège) le 15 août 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : } MM. PEYROT, professeur.
 } POIRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

550

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

Par A. VALETTE

Né à Carla-Bayle (Ariège) le 15 août 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : } MM. PEYROT, professeur.
 } POIRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GUYON

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.

Chirurgien à l'Hôpital Necker

Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune, au cours de nos études médicales, d'observer un cas de cancer secondaire de l'ombilic. Sans être absolument rares, les tumeurs de ce genre ne se rencontrent pas tous les jours dans la pratique ; elles comportent un enseignement clinique d'une grande valeur.

Pour ces raisons, sur les conseils de M. Legueu, nous avons cru qu'il serait intéressant de prendre pour sujet de thèse l'étude de ces néoplasmes secondaires.

Nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale ou neuve. La question a déjà été magistralement traitée dans la thèse de M. Villar, en 1886, et plus récemment, dans le mémoire de MM. Quénu et Longuet, paru dans la *Revue de Chirurgie*, en 1896.

Ajouter à la liste assez courte des épithéliomes de l'ombilic, en dehors de notre observation personnelle, quelques faits qui n'y figu-

raient pas ; confirmer les notions exposées par nos devanciers ; mettre en lumière quelques points qui nous paraissaient trop brièvement étudiés : tel a été notre unique but.

Nous laisserons de côté, dans ce modeste travail, tout ce qui a trait au cancer primitif de l'ombilic. Très rare, il mérite à peine une mention spéciale. Son histoire se confond avec celle de tous les épithéliomes cutanés ; sa symptomatologie, son mode d'évolution, n'ont rien de caractéristique. Nous aurons l'occasion, d'ailleurs, d'indiquer ses caractères anatomiques et cliniques, en essayant de le différencier d'avec le cancer secondaire, qui nous occupera seulement.

Après avoir exposé, dans ses grandes lignes, l'histoire de l'épithéliome de l'ombilic, nous énumérerons les observations déjà parues, ajoutant à cette nomenclature quatre faits nouveaux. Nous montrerons la fréquence relative de cette affection, nous demandant pour quelles raisons les néoplasmes se développent plus souvent à l'ombilic qu'en un autre point de la paroi abdominale ; nous rechercherons comment la tumeur viscérale primitive se propage, quelle est la voie suivie par la cellule cancéreuse pour arriver au foyer secondaire.

L'anatomie pathologique fera l'objet d'un chapitre spécial.

Nous n'insisterons pas sur la symptomatolo-

gie peu intéressante de la métastase ombilicale, mais nous nous efforcerons de mettre en relief sa valeur séméiologique au point de vue du diagnostic et du pronostic.

En raison de leur importance, il nous faudra nettement séparer ces néoplasmes des autres tumeurs de l'ombilic et en particulier de l'épithéliome primitif.

Enfin, un des points les plus importants sera de déterminer quelle devra être la conduite du médecin, en présence d'un cancer secondaire de cette région.

Mais nous avons à cœur, avant d'entreprendre ce travail, d'adresser l'expression de notre gratitude, aux maîtres, qui dans le cours de nos études médicales nous ont guidé par leur science et leur exemple.

Longtemps élève de la faculté de Toulouse, nous avons su apprécier le dévouement de M. le professeur Mossé. Nous ne saurions trop lui être reconnaissant de l'intérêt, qu'il nous a toujours témoigné, et du précieux enseignement qu'il nous a prodigué pendant les quatre années que nous avons passées dans son service.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à MM. Maynard, Bézy, Rispal, dont nous avons été l'élève.

Nos maîtres de la faculté de Paris se sont toujours montrés à notre égard d'une extrême bienveillance. Leurs savantes leçons autant que

leurs judicieux conseils, resteront solidement gravés dans notre esprit.

M. le professeur agrégé Legueu a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et nous guider dans notre travail. Qu'il daigne recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Guyon nous fait un grand honneur, dont nous ressentons vivement tout le prix et pour lequel nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les cancers de l'ombilic n'ont guère été étudiés que dans ces 50 dernières années. Il nous semble peu intéressant de faire remonter, comme quelques auteurs, leur étude à Celse et à Paul d'Egine. Les notions exposées par ces auteurs sont courtes, vulgaires et dénuées de valeur. Il nous faut arriver aux observations de Fabrice, de Hilden et de Civadier pour trouver quelque souci scientifique ; encore ces dernières sur quelques points manquent de détails précis.

Nous n'avons pas l'intention, dans ce modeste travail, de faire un exposé complet de la ques-

tion. Nous renvoyons, pour plus de détails aux travaux déjà parus, et surtout à l'excellente thèse de M. Villar et au mémoire de MM. Quénu et Longuet.

Il nous semble plus intéressant d'exposer à grands traits l'évolution des idées, de montrer comment elles se sont modifiées à mesure que les faits devenaient plus nombreux et mieux étudiés.

Avec MM. Quénu et Longuet nous distinguerons trois périodes.

Dans une première période qui s'étend jusqu'en 1875 l'importance du cancer de l'ombilic est méconnue. Les auteurs le considèrent comme une rareté pathologique et en raison même de cette rareté on en publie les observations. On admet qu'il est aussi souvent primitif que secondaire. S'il existe avec d'autres lésions, il n'a qu'un rôle effacé, apparaissant à la période ultime, lorsque le néoplasme a été depuis longtemps reconnu. Ce sont les idées générales qui règnent jusqu'en 1875.

Dans cette période, en 1827, Berard, dans le *Dictionnaire de médecine*, signale la fréquence du cancer de l'ombilic et en rapporte un exemple. Cherchant à expliquer la pathogénie il dit : « Il est vraisemblable que si le cancer s'observe plutôt à l'ombilic que dans le reste de la paroi abdominale, c'est que la partie où le cordon était attaché, offre des conditions de

structure toutes spéciales qui ne se rencontrent en aucun autre point de la paroi ».

En 1849 Boyer consacre un chapitre aux tumeurs de l'ombilic. Il décrit les tumeurs cancéreuses sous le nom de sarcomphales, mais il les confond dans la même description que les tumeurs graisseuses de cette région.

Quelques années plus tard, Nélaton isole nettement le groupe des cancers de l'ombilic, il en trace magistralement les caractères cliniques, montrant que la caractéristique de ces tumeurs ombilicales est la forme en bouton de chemise. Le premier, il discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale ; et il insiste sur les dangers tenant au voisinage du péritoine.

En 1870 Demarquay communique à la Société de chirurgie trois cas de cancer qu'il considère comme primitifs.

De 1870 à 1874, la question reste dans l'oubli.

En 1875, Kuster fait paraître son mémoire et fait une description d'ensemble des néoplasmes de l'ombilic chez l'adulte. Il cite les observations déjà parues, oubliant toutefois de signaler celles de Demarquay, et constate la fréquence du cancer secondaire. C'est en 1876, avec la thèse de Catteau que commence la deuxième période.

Catteau le premier entrevoit la valeur diagnostique du cancer de l'ombilic. « Dans les cas de péritonite cancéreuse, écrit-il, on peut voir

survenir l'induration de l'ombilic, avec ou sans ulcération, et comme corollaire toutes les fois qu'il existera une ulcération ombilicale il faudra songer à la péritonite cancéreuse. » L'idée émise par Catteau va faire son chemin. C'est aux auteurs de la deuxième période ou période *médicale* que revient le mérite d'avoir montré la fréquence de ce cancer et sa valeur séméiologique, au point de vue du diagnostic et du pronostic. A cette période il faut citer les noms de Blum, de Chuquet, de Wickham Legg, de Nicaise, surtout de Damaschino et Villar. En 1876, Blum, dans les *Archives de médecine*, fait une étude sur les tumeurs de l'ombilic, il reproduit les observations de Dolbeau et Hardy.

Il explique leur pathogénie par la tendance qu'ont les tissus cicatriciels à subir la dégénérescence cancéreuse.

En 1880, Wickham Legg (1), que les auteurs ont jusqu'ici oublié de mentionner, signale dans les cancers de la cavité abdominale et particulièrement de l'estomac, la présence au niveau de la cicatrice ombilicale d'un noyau dur, adhérent à la peau.

Il attire l'attention des médecins sur l'importance que peut offrir cette constatation, au point de vue du diagnostic.

1. Wickham Legg. *Of certain abdominal tumours*. St-Barth. hôp. Report, 1880.

En 1881, Nicaise, dans son article du dictionnaire, consacre aux tumeurs malignes de l'ombilic un article intéressant. Le traumatisme joue pour lui un grand rôle dans leur développement.

Codet de Boisse en 1883 montre la fréquence plus grande de l'épithéliome secondaire ; il cite les observations de Monod et Brossard.

Enfin en 1886, Villar publie, sur les tumeurs de l'ombilic, une thèse très étudiée, et très consciencieuse. Reproduisant les idées de Damascino, il montre la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic.

« Les faits du cancer secondaire de l'ombilic me semblent comporter un enseignement clinique d'une grande valeur. Le développement d'une tumeur semblable survenant chez un malade atteint d'une affection abdominale à caractères mal dessinés, devra être pris en sérieuse considération, ou, s'il n'est pas possible d'en tirer une conséquence au point de vue du siège primitif de l'affection, du moins l'existence même d'un cancer viscéral sera rendue très probable. On le voit donc, la manifestation que je viens de décrire a une grande importance, non pas seulement pour la précision du diagnostic, mais encore au point de vue de la prognose elle-même, puisqu'une terminaison fatale et en général prochaine, est la conséquence des généralisations secondaires ».

La troisième période ou période *chirurgicale* s'étend de 1886 à nos jours. Les observations deviennent plus nombreuses et mieux étudiées. Les auteurs s'attachent à démontrer que le cancer de l'ombilic peut être la seule manifestation à l'extérieur d'une néoplasie viscérale. On se demande comment se fait la propagation à distance et quelle est la voie suivie. On se préoccupe davantage des caractères histologiques de la tumeur.

Les faits antérieurs sont revisés et beaucoup disparaissent du groupe des cancers primitifs, ainsi ceux de Demarquay, Dolbeau, Bérard, etc.

Enfin on essaye d'apporter au traitement des cancers ombilicaux les ressources de la chirurgie. Du domaine de la médecine, les tumeurs de l'ombilic passent dans celui de la chirurgie.

En 1890, dans sa thèse, Neveu essaye, d'après les idées de Heurteaux, la pathogénie du cancer de l'ombilic qui naît dans le tissu cellulaire sous péritonéal et se développe vers la superficie.

Tillaux, ayant observé un cas qu'il croit unique dans la science et dont nous ferons la critique plus loin, expose sa théorie du diverticule intestinal, origine du cancer. Son opinion est reproduite en 1891 dans la thèse de Bonvoisin.

Fischer, en 1888, opère une femme atteinte de cancer de l'ombilic avec néoplasme gastrique ulcéré. Jamais la malade n'avait présenté de

troubles digestifs. Fischer met en relief l'évolution latente de l'affection primitive.

Au congrès de Berlin, en 1890, Morris rapporté quatre cas qui lui sont personnels, il montre la valeur pronostique défavorable de la localisation ombilicale. Etudiant les lésions histologiques il dit : « Les nombrils de mes malades ont été infectés par des éléments absolument semblables à ceux qui caractérisent les organes éloignés, primitivement atteints. »

Hutchinson, en 1892, prouve que le cancer ombilical peut être la première manifestation d'un cancer de la cavité abdominale.

Au congrès de Bordeaux, M. Demons indique l'importance de la métastase ombilicale ; deux fois elle lui a permis de porter un diagnostic précis.

Verchère, dans la *Revue des maladies cancéreuses* insiste à nouveau sur la valeur séméiologique du cancer ombilical.

Enfin en 1896, MM. Quénu et Longuet font paraître, dans la *Revue de chirurgie*, un très intéressant article où ils font l'analyse et l'étude de quarante-huit observations. C'est le seul travail d'ensemble qui ait paru sur la question depuis les thèses de Villar et Neveu. Nous n'en ferons pas l'analyse ayant eu l'occasion d'y faire de fréquents emprunts. Nous indiquerons, dans le cours de notre sujet, les divers points mis en relief par ces auteurs.

Nous ne parlerons pas de l'article de M. Michaux dans le traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus. A peine une dizaine de lignes sont consacrées au cancer de l'ombilic. Nous nous bornons à regretter le silence des auteurs classiques sur cette intéressante question.

CHAPITRE II

Observations

Avant de reproduire nos observations nous croyons utile de rappeler toutes celles qui ont été publiées.

Cancers primitifs de l'ombilic.

1. HUE et JACQUIN. — Union méd. 68, 3^e série, tome VI, page 418.
2. DESPRÈS. — Soc. chirurgie, 21 mars, 83, th. Codet.
3. PÉAN. — Th. Villar, 1886.
4. GUYON. — Recueillie par Potherat, th. Villar.
5. SOLLIER. — Soc. anat. 1888.

Cancers secondaires considérés d'abord comme primitifs.

FABRICE DE HILDEN.

CIVADIER.

BÉRARD.

DEMARQUAY. — (3 cas). Soc. chirurgie, juin 1870.

DOLBEAU. — (2 cas). In Blum. Arch. méd. 1876.

RICHET. — id.

Cancers secondaires.

1. STORER. — Bost. med. and. Surgery, 1 fév. 1864.

2. VULCKOW. — Beitrag zur Casuistik der. Nebel neubildungen (Berlin, klinischen Woch. 28 sept. 1875, n° 39, p. 533.
3. E. KUSTER. — Beitrag zur, Geburt. und Gynae. t. IV. fasc. I. 1875.
4. G. AUGER. — Soc. anatom. 1875, p. 708.
5. LIVEING. — Lancet, 1875, et Verg. Smith Jahrbuch., Bd. 184, p. 103.
6. LORAIN et CATTEAU. — (Cas. n° I). Thèse de Paris. 1876.
7. D'HEILLY et CATTEAU. — (Cas. n° II). Thèse de Paris, 1876.
8. D'HEILLY et CATTEAU. — (Cas. n° III). Thèse de Paris, 1876.
9. MAC MUNN. — In the Dublin. F. of. med. Sc., vol. LXII, 1876, p. 1 à 5.
10. N. G. de MUSSY. — Cliniques, II, p. 30.
11. E. MONOD. — Soc. anato. fév. 1877.
12. VAUTRIN (1878). — Rev. de chirurgie, 1885.
13. DAMASCHINO et MICHAUX (1879) Cas. n° I). — Thèse Villar, 1886.
14. DAMASCHINO et MICHAUX (1879) Cas. N° II.) Thèse Villar, 1886.
15. CHUQUET (Cas. N° I.) Thèse Paris, 1879.
16. CHUQUET (Cas. n° II). — Thèse Paris, 1879.
17. DE GENNES (1882). — Thèse Villar, 1886.
18. BERGEAT. — Dissertat. Inaug. de Munich, 1883.
19. BROSSARD. — Thèse Codet, 1883.
20. BROUSSOLLE. — Thèse Villar, 1886.
21. CANQUET. — Soc. anato. juillet, 1892.

42. HUTCHINSON. — Arch. of. surg. by Hutchinson, London et Churchill New-York, Burlingtown, Steret, 1892, (Néoplasme du foie).
43. HUTCHINSON. — id.
44. DEMONS. — Congrès de Bordeaux, 1895, (gynécol.), 8 août.
45. DEMONS. — Congrès de Bordeaux, 1895, (gynécol.), 8 août.
46. DEMONS. — Congrès de Bordeaux, 1895, (gynécol.), 8 août.
47. VERCHÈRE. — Congrès de Bordeaux, 1894, (gynécol.), 8 août.
48. QUÉNU et LONGUET. — Rev. de chir. 1895.

OBSERVATION I (Inédite).

Epithélioma de l'ombilic. Résection. Cancer latent de l'estomac.

Femme de 61 ans.

Entrée le 16 août 1896 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, suppléé par M. Legueu pour une tumeur de l'ombilic, (salle Denonvilliers n° 10).

Depuis le mois de mars 1896, elle a vu se développer au niveau de l'ombilic une petite grosseur : indolente d'abord, celle-ci ne tarda pas à devenir douloureuse. En quelques semaines, elle atteignait le volume d'une grosse noix : elle s'ulcérait et une surface bourgeonnante prenait la place de la tumeur.

C'est dans cet état, que la malade entre à l'hôpital le 16 octobre 1896.

À l'entrée, voici ce que l'on constate : la dépression ombilicale est remplacée par une surélévation en masse de la peau. Au centre de cette surélévation se voit une ulcération atone, à bords fongueux : sa largeur est celle d'une pièce 0.50 cent. environ. Cette ulcération fait corps avec la paroi musculo-aponévrotique : il est impossible de la mobiliser sur cette dernière.

Les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

La nature de cette ulcération ne pouvait être douteuse, l'induration en nappe mais superficielle encore sur laquelle elle reposait ne laissait prise à aucune hésitation.

La question discutable était celle-ci : le cancer de l'ombilic était-il primitif ou secondaire ?

Au-dessus de la paroi abdominale, il n'y avait aucun empâtement. Autant au moins qu'on pouvait en juger à l'état de veille, le palper de la paroi ne laissait percevoir aucun noyau épiploïque, aucune masse néoplasique viscérale. Le ventre n'était pas ballonné ; il n'y avait pas d'ascite.

Le foie n'était pas augmenté de volume.

L'estomac n'offrait aucun trouble : il n'y avait pas de vomissements, l'appétit était seulement un peu diminué.

L'état général, il est vrai, laissait un peu à désirer : la malade avait maigri depuis six mois, ses forces avaient diminué ; mais malgré cela il n'y avait aucun indice d'extension, de propagation ou de généralisation :

il n'y avait enfin aucune contre-indication formelle à l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 26 octobre. Laparotomie médiane. L'ombilic est circonscrit par une double incision cûrviligne qui permet d'en pratiquer la résection. La surface péritonéale de la région ombilicale est lisse, dépourvue d'adhérences; on y remarque cependant deux petits noyaux blancs, inclus dans la séreuse qui ressemblent à des greffes de cancer. Un coup d'œil rapide jeté sur la séreuse pariétale, en dehors de la zone ombilicale, montre quelques-unes de ces greffes disséminées à la surface de la séreuse. Du côté des intestins, on ne voit rien de suspect.

L'abdomen est refermé par une suture à trois étages: l'opération a duré douze minutes.

Les suites opératoires se passèrent sans incidents le premier jour: pas de choc; pas de vomissements, pas de fièvre.

Le second jour la malade est plus faible, elle refuse de s'alimenter, elle a des nausées.

Le troisième et le quatrième jours, l'affaiblissement ne fait que s'accroître: le lait, les boissons glacées sont vomies aussitôt prises. Le pouls est faible, à 90: la température reste normale.

A partir de ce moment, les forces vont en déclinant de plus en plus; et la malade succomba le huitième jour sans complication locale.

L'autopsie fut pratiquée 48 heures après la mort.

A l'auscultation de la cavité abdominale, il n'y a pas d'ascite, ni de sclérosité péritonéale: on retrouve dis-

séminés à la surface de la séreuse pariétale quelques noyaux de greffe cancéreuse ; ils sont blanc grisâtre d'une consistance dure.

Du côté de l'épiploon et des intestins, il n'y a rien d'anormal.

L'estomac lui-même ne présente extérieurement rien à noter : nous suivons cependant sa cavité, et nous trouvons implantée sur sa paroi postérieure un néoplasme végétant, en forme de chou fleur.

L'examen histologique fut pratiqué, et la note qui nous a été remise porte pour la tumeur de l'estomac : « épithéliome cylindrique ».

La tumeur de l'ombilic présentait absolument le même type ; on y trouvait les cellules épithéliales cylindriques, analogues à celles de l'estomac.

Les greffes du péritoine n'ont pas été examinées, mais il est vraisemblable qu'elles étaient de même nature, et que nous sommes en présence d'une généralisation à l'ombilic et au péritoine d'un cancer latent de l'estomac.

OBSERVATION II

Cancer du colon descendant. Noyau secondaire
à l'ombilic.

Lage. — Schmidt's Jahrbucher, tome LV, page 295.
(Résumée).

Homme, 50 ans.

Dans le courant de l'année 1842, le malade eut d'abondantes pertes de sang par l'anus. On pensa que ces hémorrhagies étaient dues à des hémorrhoides dont il était atteint depuis longtemps. Mais bientôt on s'aperçut que les fèces n'avaient plus la forme normale cylindrique, mais qu'elles étaient aplaties, rubanées.

L'appétit diminue, l'amaigrissement paraît.

Les hémorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes. Le sang est mélangé aux matières fécales.

Le malade est constipé, il a du ténesme rectal.

Le 25 décembre, il est pris de nausées et vomissements, avec oppression précordiale. Les conjonctives ont une teinte ictérique. Le ventre devient douloureux surtout au flanc gauche. L'exploration anale ne fait rien percevoir d'anormal.

Traitement. — Lavements et frictions, médication opiacée, ratanhia.

Pendant six mois amélioration. Les selles ne sont plus rubanées.

En juillet 1843, le malade est constipé pendant vingt jours. Il éprouve de vives douleurs dans le flanc gau-

che, du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, anorexie, mélœna. Amaigrissement considérable.

Fièvre hectique, aspect caractéristique, aphtes dans la bouche.

Mort en août 1843.

Autopsie. — « On peut reconnaître à première vue que l'ombilic est le siège d'un cancer. Il a une couleur rouge, brun, veiné comme du marbre. On perçoit à la palpation un large disque, aplati et dur, s'étendant autour de la cicatrice. Le tissu conjonctif sous-cutané se confond avec les membranes fibreuses de l'abdomen. »

Le péritoine est normal, l'épiploon non adhérent.

Le foie, le pancréas n'offrent rien de particulier.

Au niveau du côlon descendant apparaît une grosse tumeur, de forme arrondie, reposant sur une base dure lardacée. Le côlon transverse et le rectum sont épaissis.

Sur les parois du rectum existe un noyau induré.

Le mésentère renferme quelques ganglions aussi durs que les noyaux de l'ombilic et du rectum.

OBSERVATION III

Cancer des ovaires. Péritonite cancéreuse.

(Aslanian: obs. résumée).

Femme âgée de 35 ans.

Antécédents nuls.

Début. — Elle a accouché il y a onze mois, après

l'accouchement elle a commencé à souffrir de coliques abdominales. Puis elle a constaté le développement d'une induration au niveau de l'ombilic, le néoplasme a fini par ulcérer la peau de cette région. C'est alors que la malade est entrée à l'hôpital pour y faire extirper sa tumeur ombilicale.

Pendant cette intervention chirurgicale on a constaté la présence de noyaux métastatiques sur la séreuse viscérale et le péritoine pariétal. La malade est sortie de l'hôpital guérie de sa plaie opératoire, mais elle a continué à dépérir, son appétit a diminué de plus en plus, elle a maigri et pâli.

Examen clinique. — Elle revient à l'hôpital, toujours pour les mêmes coliques abdominales, et pour la tumeur ombilicale qui a récidivé. Son ventre est un peu gonflé. A la région ombilicale on voit la cicatrice opératoire violacée et terminée par une tumeur mollassée, grosse comme une noix. Dans les deux régions inguinales les ganglions hypertrophiés constituent deux tumeurs. On constate sous les ligaments de la paroi abdominale quelques petites nodosités de la grosseur d'une lentille ou d'un pois. Au niveau de l'une d'elles la peau est rose et adhérente ; à gauche et en bas existe un cordon dur, long de trois à quatre centimètres, se terminant aux ganglions engorgés de l'aîne. Profondément on constate des nodosités dans l'hypogastre : à la hauteur de l'ombilic et à droite on palpe le bord-inférieur d'une induration profonde. A l'épigastre on sent une surface noueuse. Il n'y a pas d'épanchement ascitique, pas d'engorgement ganglionnaire

aux aisselles ni au cou. Emaciation considérable, pâleur anémique.

Pendant tout le temps que la malade a passé à l'hôpital, elle n'a pas discontinué de se plaindre du ventre. L'amaigrissement s'est accentué progressivement dans la dernière quinzaine elle a eu un peu d'œdème malléolaire, elle était déprimée et elle refusait les aliments solides. Elle est morte le 18 juin.

Autopsie. — Le péritoine contient près de 300 grammes de liquide rougeâtre, la cavité pelvienne est remplie par les organes génitaux. Les deux ovaires sont dégénérés ; à la coupe ces deux tumeurs ont une surface dure et uniformément grisâtre, parsemée de noyaux jaunes sur certains endroits. Le tissu utérin est dur, scléreux, les trompes sont un peu hypertrophiées, parsemées de noyaux cancéreux jaunâtres. Tout le péritoine pelvien est fortement endommagé par le cancer.

L'épiploon est adhérent à la paroi abdominale au niveau de l'ombilic ; à ce point les noyaux néoplasiques sont plus nombreux.

Les intestins grêles ne présentent pas de noyaux secondaires, le mésentère en porte quelques petits ; les ganglions mésentériques sont à peine hypertrophiés, le tissu hépatothèque contient une quinzaine de noyaux cancéreux, le parenchyme hépatique est atrophié, il se détache facilement des noyaux cancéreux. La vésicule et les conduits biliaires sont sains, le foie n'est pas adhérent aux organes voisins, le ligament suspenseur est sain. Sur la face inférieure du diaphragme existent, surtout à la droite, quelques plaques cancéreuses quelques-unes ont

envahi toute l'épaisseur de cet organe. La péritoine pariétal est plaqué irrégulièrement de néoformations cancéreuses.

Sur le feuillet antérieur on constate très nettement à la vue et au toucher des cordons blanchâtres de lymphangite cancéreuse, suivant la direction des artères ombilicales, se terminant au niveau de la tumeur ombilicale où le grand épiploon devient adhérent à la paroi abdominale. Les noyaux cancéreux existent dans l'épaisseur de cette même paroi, la partie inférieure du grand droit en est farcie, le tissu musculaire est un peu décoloré, les granulations ont la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Les ganglions lymphatiques les plus engorgés sont les ganglions inguinaux et iliaques.

Examen histologique. L'examen des pièces enlevées sur l'ovaire, l'utérus, l'intestin, le muscle droit, le péritoine et la tumeur ombilicale montre partout la structure d'un cancer alvéolaire. Les cloisons conjonctives sont minées et les cellules qui remplissent les alvéoles sont irrégulières.

OBSERVATION IV

Cancer du grand épiploon. Généralisation. Noyau à l'ombilic.
Besançon (*Société anatomique*, 1891).

Il s'agit d'une femme, âgée de soixante deux ans entrée à l'infirmerie pour des phénomènes de goître exophtalmique, tachycardie légère et tremblement.

La malade avait des troubles digestifs, (anorexie, vomissements alimentaires, pas d'hématémèse).

Au palper du ventre on constatait, au pourtour de l'ombilic, une masse dure commençant à peu près à neuf centimètres au-dessus de l'ombilic et descendant à quatre centimètres au-dessous.

Dans le sens transversal la tumeur se limitait bien à gauche, tandis qu'à droite on ne le pouvait, le diamètre transverse apparent était de trente centimètres.

La masse était un peu douloureuse et adhérait à la peau de la région ombilicale ; au niveau de l'ombilic existaient deux noyaux cutanés.

La malade fut prise d'alternatives de diarrhée et de vomissements alimentaires.

Cachexie. Mort. Autopsie. — Adhérence d'un noyau cutané avec la tumeur profonde ; au dessous de l'estomac se présente une masse adhérente à la peau, surtout au niveau de l'ombilic, masse dure cartilagineuse, légèrement mamelonnée, de couleur blanc rosé.

A première vue, l'estomac et une grosse anse intestinale semblent ne faire qu'un, mais en disséquant avec soin, on voit que la tumeur adhère d'une part à la grande courbure de l'estomac, et d'autre part recouvre l'anse transverse du colon qu'il faut disséquer pour la dégager.

Le péritoine est épaissi et présente un semis de petites masses blanchâtres, analogues à la tumeur principale dans la cavité péritonéale quelques gram-

mes de liquide louche, avec fausses membranes récentes.

Au poumon et au foie, petits noyaux secondaires.

Examen histologique. — Epithéliome à cellules cylindriques.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. VOIES DE PROPAGATION

Sans se rencontrer à chaque pas dans la pratique, les cancers de l'ombilic sont loin d'être rares, puisque M.M. Quénu et Longuet ont pu faire un relevé de 48 observations et que nous-mêmes, avons pu ajouter à cette liste quatre cas qui n'y figuraient pas. Nous croyons cependant que la statistique ne nous renseigne pas assez sur leur degré de fréquence. Peu volumineux, profondément cachés dans les replis de la cicatrice ombilicale, évoluant insidieusement, beaucoup de ces cancers peuvent passer inaperçus. Dans le cas de Sollier cette tumeur fut méconnue pendant la vie, à l'autopsie seulement on découvrit sa présence.

Ces cancers secondaires constituent la grande majorité des tumeurs ombilicales. Les tumeurs bénignes de l'adulte sont rares. Villar, dans sa thèse, n'a pu recueillir que neuf exemples de fibro-papillomes. Trois ou quatre observations authentiques de sarcomes ont, jusqu'ici, été publiées ; une est reproduite dans la thèse de Villar, une deuxième dans celle de Neveu.

Le groupe des cancers primitifs diminue chaque jour. On y avait fait entrer beaucoup de cas incomplètement observés, sans contrôle histologique. En l'état actuel de la question, il nous paraît difficile d'admettre comme primitifs les cancers signalés par Fabrice de Hilden, Civadier, Bérard, Demarquay, Dolbeau, Richet. Cinq observations seulement nous paraissent devoir mériter le titre de cancers de l'ombilic. (Hue et Jacquin, Desprès, Péan, Guyon, Sollier). Au point de vue de la fréquence, on rencontre un cas d'épithéliome primitif pour dix cas de cancers secondaires.

La métastase ombilicale ne s'observe pas indifféremment dans tous les cancers. Seuls les épithéliomes de la cavité abdominale ont été signalés comme susceptibles de se propager à l'ombilic ; encore tous les organes n'ont-ils pas la même tendance.

Dans les observations où le siège primitif est nettement marqué, on trouve que le point de départ de la généralisation était :

15 fois	—	l'estomac.
5 fois	—	l'intestin.
9 fois	—	péritoine.
4 fois	—	ovaires.
2 fois	—	utérus.

Le cancer du péritoine étant presque toujours secondaire, nous sommes autorisés à dire que les cancers de l'estomac, de l'ovaire, de l'intes-

tin et de l'utérus déterminent seuls la métastase.

Ce qu'il est intéressant de retenir dans cette statistique, c'est la rareté de la généralisation des épithéliomes de l'utérus qui sont peut-être les plus fréquents de l'organisme. Peut-être faut-il en chercher l'explication dans la marche rapide de l'affection ; ces malades sont emportés de bonne heure par la métrorrhagie, l'intoxication cancéreuse et divers autres troubles graves.

Dans quelles proportions les localisations à l'ombilic compliquent-elles l'évolution des néoplasies viscérales, c'est un point très difficile à établir. Haussman a signalé quatre fois la métastase ombilicale sur 248 observations d'épithéliome de l'intestin.

Le cancer de l'ombilic s'observe généralement entre 40 et 60 ans. On l'a signalé à 32, 35 ans.

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

Pathogénie. — Le cancer se rencontre assez souvent à l'ombilic, il y est même plus fréquent qu'on ne le croit généralement.

Pourquoi se développe-t-il là plutôt qu'en un autre point de la paroi abdominale ? Différentes explications ont été données. Blum a parlé de l'irritation déterminée par les produits de la sécrétion des glandes sébacées, retenus au niveau de la cicatrice ; mais surtout il insiste sur le rôle du tissu cicatriciel dans la genèse du cancer. Le cancer a une tendance à envahir les

cicatrices. Il apparaît à l'ombilie comme il apparaît sur les anciennes cicatrices d'ulcères, de brûlures.

D'autres auteurs, Waldeyer, Morris, attribuent la production de certains cancers de l'ombilie à la prolifération de cellules épithéliales englobées dans la cicatrice. Ils seraient analogues à ceux qui naissent dans la profondeur du cou, loin de la peau et des muqueuses.

De cette explication il faut rapprocher celle de Berard disant qu'il faut rechercher la fréquence du cancer à l'ombilie « dans les conditions de structure de la partie où le cordon était attaché, conditions toutes spéciales qui ne se rencontrent guère en aucune autre région ».

Ces différentes hypothèses n'expliquent guère que l'épithéliome primitif. Pour nous, les raisons de fréquence du cancer secondaire doivent être recherchées dans les dispositions anatomiques, histologiques et embryogéniques particulières à cette région.

L'ombilie nous paraît devoir être considéré comme un carrefour où aboutissent la veine et les artères ombilicales, l'ouraque. A l'ombilie aussi vient finir le ligament suspenseur du foie. Le plus souvent ces divers éléments servent de guide, de conducteur à la propagation à distance de la néoplasie. Ils semblent faire converger vers l'ombilie la dissémination cancéreuse.

Ces faits doivent-ils nous surprendre? Evi-

demment non. Autour de l'ouraque de la veine et des artères ombilicales, le long du ligament suspenseur, cheminent de nombreux vaisseaux lymphatiques englobés dans un tissu cellulaire lâche et abondant. Il n'y a rien d'étonnant alors qu'à l'ombilic les lésions soient plus marquées qu'en aucun autre point de la paroi.

Dans une observation de Damaschino recueillie par Michaux, nous lisons ceci : « Le bourgeon ombilical représente une petite tumeur légèrement bosselée qui semble en communication le long de la veine ombilicale avec la masse néoplasique qui occupe l'estomac et l'épiploon. »

Dans le cas de Wulchow la tumeur ombilicale se prolonge le long du ligament suspenseur du foie. De même, dans l'observation de Heilly, l'induration ombilicale se continue avec une induration semblable qui siège dans le ligament suspenseur. Dans un cas de carcinome kystique développé dans les ligaments larges, avec noyau cancéreux à l'ombilic, qu'on trouve consigné dans la thèse de Chuquet « la paroi abdominale est couverte de granulations cancéreuses qui montent vers l'ombilic le long de l'ouraque et des artères ombilicales. Au niveau de l'ombilic existe un champignon cancéreux. »

Nous pourrions multiplier les exemples de cette propagation le long de la veine ombilicale des artères et de l'ouraque, mais cela nous entraînerait trop loin. On peut donc admettre

que les cellules cancéreuses arrivent à l'ombilic, en raison de ses connexions lymphatiques, en beaucoup plus grand nombre que partout ailleurs. La question de quantité n'est sans doute pas plus négligeable, quand il s'agit de cellules cancéreuses, que quand il s'agit de microbes.

Arrivées à l'ombilic, les cellules rencontrent un tissu d'autant plus favorable à leur développement, qu'il a subi de nombreuses modifications embryonnaires. « Les régions où se passent, dit M. Quénu, un travail complexe pendant la vie intra-utérine offrent un terrain propice au développement des néoplasmes. Volckmann parle d'épithéliomes branchiogènes, ne s'agirait-il pas d'épithéliomes omphalogènes » ?

Enfin la région ombilicale est souvent exposée aux traumatismes. Les mouvements du tronc, l'acte de l'effort, la pression du corset et de la ceinture créent, dans cette région, un *locus minoris resistentiæ*.

Dans l'observation n° 3 la grossesse, sans doute en distendant la cicatrice ombilicale a provoqué l'apparition, en ce point, de la néoplasie.

Voies et mode de propagation. — Laissons de côté ces questions théoriques et demandons-nous comment un cancer viscéral peut se propager à l'ombilic. Quelle est la voie suivie par la cellule cancéreuse pour venir de l'organe malade à l'ombilic ?

Comment un cancer de l'estomac peut-il se propager à l'ombilic ? La propagation du cancer en général se faisant le plus souvent par la voie lymphatique, recherchons la distribution des vaisseaux blancs de l'estomac. Sappey les divise en trois groupes. Leur trajet est parallèle aux artères coronaires, aux artères gastro-épiploïques droites et gauches.

Le premier groupe se dirige en bas pour se terminer aux ganglions sus-pancréatiques.

Le second groupe, parallèle aux vaisseaux gastro-épiploïques droits, se confond, derrière la première portion du duodénum, avec les lymphatiques du foie, dont il partage *le mode de terminaison*.

Le troisième groupe, parallèle aux vaisseaux gastro-épiploïques gauches, se termine dans les mêmes ganglions que les lymphatiques de la rate.

Donc, aucune communication directe n'est possible entre l'estomac et l'ombilic. Mais si les lymphatiques de l'estomac ne peuvent amener directement les cellules cancéreuses à l'ombilic, ils les conduisent dans les vaisseaux qui eux se distribuent à l'ombilic. Les lymphatiques du deuxième groupe, nous est-il dit, se confondent avec ceux du foie. « A cette face, il y a d'autres lymphatiques qui, d'une part, se rendent, en suivant le bord droit du petit épiploon, aux ganglions rétro-pyloriques, formant les sa-

tellites de la veine porte, d'autre part communiquent avec les lymphatiques du sillon longitudinal du foie, lesquels se prolongent le long du ligament suspenseur jusqu'à l'ombilic. Telle est vraisemblablement la voie parcourue. » (Quénu et Longuet).

Il est donc rationnel d'admettre que la cellule cancéreuse va le long du petit épiploon, se diriger vers la face inférieure du foie, et gagner l'ombilic en suivant le sillon longitudinal et le ligament suspenseur. L'anatomie pathologique vient confirmer cette manière de voir, elle montre les altérations fréquentes de ce ligament.

Les cancers du foie et du duodénum suivent le même mode de dissémination.

Le processus de propagation des cancers, dont le siège primitif est situé au-dessous du duodénum, nous échappe. On ne peut que faire des hypothèses. Se propagent-ils en suivant l'ouraque, ou cheminent-ils le long du mésentère? Aucune autopsie n'a permis de déceler la route parcourue.

Quelle est la voie de généralisation dans les cas de cancer de l'utérus et des annexes? Les lymphatiques de ces organes conduisent les cellules cancéreuses dans les ganglions inguinaux ou lombaires. Elles peuvent s'y fixer, mais dans certains cas elles passent dans des lymphatiques qui descendent de l'ombilic aux ganglions iliaques ou inguinaux. Dans ce trajet, elles forcent

les valvules et remontent le courant de la lymphe.

Cette marche rétrograde est possible, ainsi que l'ont démontré Troisier (1) et Mathieu (2).

L'observation de Chuquet montre la réalité de ce mécanisme.

Lorsqu'il existe de l'ascite, peut-être pourrait-on admettre que ce liquide transporte les cellules ou parasites cancéreux détachés de la tumeur ulcérée, au niveau de la région ombilicale où elles trouvent un terrain propice pour proliférer.

Cette hypothèse jusqu'ici n'a pu être vérifiée. C'est par un processus analogue que MM. Quénu et Terrier expliquent la généralisation des kystes malins de l'ovaire, à la suite d'une érosion de la poche.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici des cas où la propagation à l'ombilie semble se faire par continuité. La tumeur primitive cancéreuse peut être appliquée contre la paroi antérieure de l'abdomen à ce niveau, comme dans les observations de Monod, Auger et Fischer. Le cancer peut aussi frapper un organe hernié dans l'anneau ombilical, comme dans l'observation de Nicaise recueillie par Queyrat, où l'épiploon hernié était le siège d'un épithéliome.

1. Soc. anat. hôpitaux, 1888.

2. Mathieu. *Article estomac. Dict. med.*

Que la tumeur primitive soit rétro-ombilicale ou intra-ombilicale, il semblerait logique qu'elle se développât comme partout ailleurs, en envahissant de proche en proche les tissus environnants, en les étouffant au milieu de sa prolifération.

A l'ombilie, il n'en est rien, le péritoine se laisse difficilement envahir (Dolbeau, Hardy) (1). La séreuse réagit contre cet envahissement, réaction qui donne lieu à la production de fausses membranes. Ces néoformations sont des produits inflammatoires vulgaires, comme dans toute péritonite, et nullement dues à un processus cancéreux. Le péritoine n'est uni à la tumeur que par l'intermédiaire de fausses membranes.

Mais dans ces néoformations se développent des vaisseaux lymphatiques qui vont devenir, eux, l'agent de la propagation. En résumé, elle ne se fait pas par continuité comme partout ailleurs, ni par envahissement spécifique, elle se fait par l'intermédiaire de fausses membranes, ou plus exactement par les lymphatiques qui y sont contenus.

1. Dolbeau. C in. chirurg., page 100.

Hardy, Soc. anat., 1874.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous sommes efforcés de démontrer, dans le chapitre précédent, pourquoi et comment dans les néoplasies viscérales de la cavité abdominale un noyau secondaire naissait à l'ombilic ; nous allons étudier maintenant le développement de ce noyau, ses caractères macroscopiques et histologiques.

Les auteurs qui se sont occupés de la question, frappés par la présence d'une plaque indurée en arrière de la paroi postérieure de l'abdomen ont localisé au niveau du tissu cellulaire sous-péritonéal le point de départ de la lésion. Commencant sous la séreuse, la généralisation marche de la profondeur vers la superficie et c'est au point le plus faible de la paroi que se fait l'apparition à l'extérieur du bourgeon cancéreux. Le cancer est sous péritonéo-ombilical. Entrons davantage dans les détails et étudions comment la néoplasie va se comporter à l'égard des tissus environnants. Va-t-elle se développer du côté

de la séreuse ? Mais là elle trouve une barrière presque infranchissable, constituée par le péritoine lui-même qui, privée de vaisseaux lymphatiques (1), ou en renfermant très peu (2), est un très mauvais tissu conducteur de l'infection cancéreuse, ainsi que l'ont démontré Dolbeau (3) et Hardy (4).

D'autre part, selon la remarque très juste d'Attimont (5), les tissus fibreux de la face profonde de la paroi abdominale en contact avec les produits néoplasiques, n'ont point d'aptitude à la dégénérescence rapide ». Une seule voie reste à la tumeur pour se développer : l'anneau ombilical ouvre une porte à sa propagation vers l'extérieur. La partie supérieure de cet anneau est occupée par un petit bouchon adipeux, qui, grâce à sa constitution, dégénérera facilement et conduira la néoplasie jusqu'au tissu cellulaire sous cutané. En résumé, production d'une plaque cancéreuse sous-péritonéale, hernie de la tumeur à travers l'anneau ombilical, tels sont, dans la majorité des cas, les deux termes de l'évolution de l'épithéliome sous péritonéo-ombilical.

Verchère (6) va plus loin, il trouve qu'on n'a

1. Sappey. *Tome II* page 808.

2. Robin et Cadiat.

3. Dolbeau. *Clinique I'*, page 100, année 77.

4. Hardy. *Société anat.* 74.

5. *Gazette méd.* Nantes, 88.

6. *Revue mal. canc.* 96, janvier.

pas été assez affirmatif : « Je voudrais, nous dit-il, que le mot de cancer de l'ombilic disparût comme entité morbide, que l'on soit plus exclusif, que l'on ne fasse pas un chapitre à part du cancer de l'ombilic et que son histoire entre dans l'histoire de la péritonite cancéreuse dont il n'est qu'une émanation et dont souvent il n'est que le premier symptôme ».

Nous craignons qu'une telle conception ne mette pas assez en relief la valeur du cancer secondaire de l'ombilic, qu'elle n'attire trop l'attention sur la présence inconstante (comme nous le démontrerons tout à l'heure) de la plaque péritonéale profonde. Contrairement à M. Verchère, nous pensons que le terme de cancer secondaire de l'ombilic doit être maintenu ; il ne fait en rien préjuger de la forme et de l'étendue des lésions.

Si en effet, l'induration sous séreuse semble être la caractéristique du cancer secondaire, il ne faut pas oublier qu'elle fait quelquefois défaut. A côté de la forme commune, il convient de signaler une variété à siège superficiel, plus rare il est vrai, mais non moins intéressante, qui emprunte au cancer primitif sa symptomatologie.

Mais auparavant examinons les lésions macroscopiques de la forme commune de l'épithélioma sous péritonéo-ombilical.

Si nous pratiquons une coupe de la tumeur

dans le sens antéro-postérieur, nous trouvons en contact avec le péritoine une plaque indurée, en forme de disque, de verre de montre. De son centre s'élève une partie rétrécie pédiculée qui vient s'épanouir sous la peau de la cicatrice et constituer la tumeur extérieure visible. Nélaton a très ingénieusement comparé à un bouton de chemise, dont la partie rétrécie correspondrait à l'anneau, la forme caractéristique de cette tumeur.

Etudiée au point de vue de ses connexions avec les parties environnantes, le néoplasme nous apparaît comme indépendant des bords de l'anneau sur lesquels il semble se mouler. Son adhérence avec la peau de la cicatrice est rapide ; une ulcération végétante se forme souvent en ce point.

Cette forme en bouton de chemise, semble être la caractéristique du cancer secondaire ; mais les lésions ne se présentent pas toujours sous cet aspect. Souvent l'induration péritonéale fait défaut, comme dans notre observation et dans celles de MM. Quénu et Heurteaux. Dans une forme que nous appellerons superficielle, le noyau secondaire s'est développé surtout vers l'extérieur, il emprunte à l'épithéliome primitif, en même temps que son siège, ses caractères objectifs. Au lieu du placard profond, on trouve une tumeur superficielle, légèrement surélevée, dont les contours mal définis se confondent in-

sensiblement avec la paroi abdominale. Le néoplasme est adhérent à la peau, souvent mobile sur les plans profonds. Il peut être aussi adhérent aux couches musculaires. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est peu altéré, il a perdu seulement sa souplesse et son élasticité. A ne considérer que la forme et l'aspect de la tumeur, on croirait avoir affaire à un néoplasme primitif.

HISTOLOGIE

Les caractères macroscopiques du cancer secondaire de l'ombilic ne nous ont pas permis jusqu'ici de le différencier d'avec l'épithélioma cutané. Recherchons si cette différenciation que nous n'avons, jusqu'ici, pu établir, peut être faite par l'histologie.

C'est une loi absolue que, lorsqu'un néoplasme se généralise, les noyaux secondaires se développent exactement sur le même type que le foyer primitif, et qu'ils offrent une structure en tout semblable. Dans les observations de cancer de l'ombilic, où l'examen histologique simultané de la lésion primitive et secondaire a été pratiqué, cette règle a toujours été vérifiée. Jamais on n'a signalé la présence d'un épithéliome pavimenteux, lésion type du cancer primitif.

Dans les examens qui ont été faits, le cancer

primitif de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif se présentait sous la forme d'un épithéliome cylindrique ; la localisation secondaire était de même un épithéliome cylindrique.

Dans le cas où la propagation secondaire avait son point de départ dans l'ovaire, l'examen histologique a été rarement pratiqué. « Cependant, comme dit M. Quénu, il serait intéressant de rechercher si la tumeur ombilicale reproduit la structure si spéciale et parfois si caractéristique des kystes malins de cet organe ». Dans l'observation d'Aslanian que nous rapportons plus haut, la lésion ovarienne n'offrait pas ces caractères particuliers dont parle M. Quénu ; il s'agissait d'un cancer alvéolaire, la tumeur ombilicale reproduisait aussi un cancer alvéolaire.

Quelles conséquences devons nous tirer de ces faits ? Peut-on affirmer que, toutes les fois que le néoplasme se présente sous la forme d'un épithéliome pavimenteux, il s'agit d'une lésion primitive ? la science ne nous offre pas jusqu'ici d'exemple de néoplasme secondaire ayant revêtu la forme pavimenteuse. Nous admettons cependant la possibilité de ce type dans les foyers secondaires ombilicaux. On peut voir, comme l'a fort bien montré M. Quénu, des cancers du rectum, même haut situés, à type cutané pavimenteux. Pourquoi ces cancers ne se propageraient-ils pas à l'ombilic, comme ceux à type intestinal, et la lésion secondaire ne serait-elle

identique au point de vue morphologique à la lésion primitive ? Si notre hypothèse était confirmée, certaines observations de cancer primitif de l'ombilic demanderaient à être révisées. Peut-être quelques-unes rentreraient-elles dans le groupe des cancers secondaires.

Pouvons-nous dire que tout épithéliome de l'ombilic qui n'est pas pavimenteux est secondaire ? Nous basant sur les constatations anatomiques, nous croyons pouvoir formuler cette règle : tout cancer de l'ombilic qui n'est pas pavimenteux est secondaire.

Cependant M. Tillaux, sous le titre de cancer primitif a publié deux observations dans lesquelles la tumeur ombilicale, au point de vue histologique, était analogue à l'épithéliome qui se développe primitivement dans les glandes de l'intestin. Ces deux faits doivent, à notre avis, être distraits du groupe des néoplasies primitives, pour être rangés dans un cadre plus vaste à côté des cas de Heurteaux, Demons, Quénu, etc.

L'état général des malades de M. Tillaux était bon, il n'y avait pas d'amaigrissement, l'appétit était normal ; jamais on n'avait observé de troubles digestifs, d'hématémèse, de melœna, il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire dans l'aîne et dans l'aisselle. Pendant l'opération on constata l'intégrité de l'épiploon et l'absence d'adhérences. M. Tillaux ne crut pas, en présence

de ces constatations devoir admettre que la tumeur ombilicale fut secondaire à un cancer gastro-intestinal. Il fut conduit à penser que ces épithéliomes avaient leur point de départ dans les débris d'un diverticule intestinal, emprisonné dans l'ombilic, au moment de la fermeture de l'anneau et que les éléments de ce diverticule restés dans un état latent, pendant un certain nombre d'années, avaient proliféré à une époque tardive et donné lieu au néoplasme.

Cette hypothèse est très rationnelle, mais une explication plus simple nous paraît rendre aussi bien compte de ces faits.

L'absence des troubles digestifs n'est pas une preuve en faveur de la nature primitive de la tumeur ombilicale. Les cancers de l'estomac peuvent pendant longtemps ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel. Notre malade ne présentait qu'une légère diminution de l'appétit. Dans notre observation I, la laparotomie permit de constater l'absence d'adhérences, l'intégrité du grand épiploon et de l'intestin. Le péritoine en dehors de quelques noyaux inclus dans sa paroi, qu'on pouvait prendre pour des greffes cancéreuses issues de l'ombilic, n'offrait rien de particulier. Jusqu'au dernier moment, même à l'autopsie, on crut avoir affaire à un épithéliome primitif. L'estomac, fait très important à retenir, paraissait sain extérieurement. On ouvre cependant sa cavité et, démonstration pro-

bante, on trouve implanté sur sa paroi postérieure un néoplasme végétant, en forme de chou fleur. Dans ce cas, une autopsie minutieuse permit seule de porter le diagnostic.

Le premier malade de M. Tillaux ne fut pas suivi après l'opération. Peut-être, dans la suite, aurait-on trouvé les signes révélateurs d'une néoplasie viscérale.

L'autopsie du deuxième malade fut pratiquée mais elle ne fut pas complète. « L'estomac et l'intestin paraissaient sains, nous dit-on ». Chez notre malade aussi, cet organe paraissait sain, il renfermait cependant un cancer de la paroi postérieure.

En résumé, les observations de M. Tillaux ne nous semblent pas assez probantes pour admettre l'existence de néoplasies prenant naissance dans un diverticule intestinal. Elles ne peuvent être invoquées contre cette loi que nous formulons tout à l'heure, à savoir que tout cancer qui n'est pas pavimenteux est secondaire. Nous concluons comme MM. Lannelongue et Frémont à propos des adénomes : « L'examen histologique de ces tumeurs trop souvent négligé est le plus souvent nécessaire pour en faire connaître la nature toute particulière. »

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie du cancer secondaire de l'ombilic ; variant dans chaque cas particulier, elle n'offre rien de caractéristique. Du reste, elle se confond souvent avec celle de l'épithéliome primitif.

Début. — Le début passe souvent inaperçu du malade et du médecin. Cependant, dans quelques cas, comme dans l'observation de Heurteaux, il a été possible de suivre, dès sa première manifestation, l'évolution de la tumeur.

Elle apparaît, dans les replis de la cicatrice ombilicale, sous la forme d'un petit noyau induré à peine appréciable, du volume d'un grain de mil ou d'un pois. Indolore, même à la pression, cette nodosité roule d'abord sous la peau et glisse facilement sur les parties profondes. A son niveau, les téguments deviennent moins souples, plus résistants. Bientôt adhérents, ils se laissent distendre par le néoplasme qui se développe. C'est alors que le malade constate sa présence et attire de ce côté l'attention du médecin.

Celui-ci, constate alors l'existence d'une tumeur arrondie, quelquefois absolument sphérique, d'aspect lisse et régulier, de coloration rouge sombre ou violacée. Peu volumineuse en général, n'atteignant jamais de dimensions considérables, elle remplit la dépression ombilicale et fait saillie au dessus de la paroi abdominale. Un sillon peu profond mais bien régulier la sépare des lèvres de la cicatrice cutanée qui ne sont nullement envahies par le néoplasme. Un stylet introduit dans ce sillon isole facilement la tumeur. La consistance en est ferme et élastique elle ne se laisse pas déprimer par le doigt. La peau est adhérente. Il n'est pas rare de trouver au niveau de la cicatrice ombilicale, à l'extrémité supérieure de la tumeur une ulcération végétante saignant au moindre traumatisme, donnant issue à un suintement fétide. Cette ulcération est quelquefois recouverte de croûtes brunâtres, faciles à détacher.

Les symptômes énumérés jusqu'ici sont, on le voit, peu caractéristiques. Ils peuvent se rencontrer dans l'épithéliome primitif aussi bien que dans le cancer secondaire.

La palpation profonde va nous fournir des signes plus importants. Elle va nous permettre de constater la présence d'un pédicule et d'une plaque cancéreuse péritonéale, qui révèlent au chirurgien la gravité du cancer de l'ombilic et surtout son origine. Si, attirant légèrement la

tumeur au dehors, on glisse deux doigts entre elle et la paroi abdominale, on sent que le néoplasme se continue du côté de l'anneau par un pédicule induré d'un volume variable, quelquefois à peine perceptible. Ce pédicule semble venir s'insérer au centre d'une induration profonde qu'on peut sentir dans une étendue plus ou moins considérable autour de l'ombilic. Nélaton avait bien vu la disposition de ce pédicule, et il comparait ingénieusement le cancer de l'ombilic à un bouton de chemise dont la partie étranglée correspondrait à l'anneau ombilical. Il insiste de plus sur la difficulté de reconnaître jusqu'à quel point la dégénérescence a envahi la face interne de la paroi abdominale. « Ce diagnostic, nous dit Nélaton, présente de sérieuses difficultés. Cependant, ajoute-t-il, nous avons remarqué que les téguments qui entourent l'ombilic ont perdu, en ce point, leur souplesse ordinaire et qu'il est difficile de les déplier comme on peut le faire à l'état normal. Ce signe n'est pas pathognomonique mais il doit entrer sérieusement en ligne de compte quand il s'agit de prendre une détermination. »

Cette tumeur est mobile transversalement, elle glisse facilement de droite à gauche sur les parties profondes. Mais si l'on cherche à lui imprimer quelques mouvements de haut en bas, on ne peut y parvenir, la tumeur paraît fixée. Cette immobilité dans le sens vertical, comme

le fait, à juste titre remarquer M. Tillaux, n'indique pas une adhérence avec un organe de la cavité abdominale ; c'est un fait normal. L'ombilic est en effet maintenu par des liens rigides : la veine ombilicale en haut, l'artère et l'ouraques en bas, s'opposent à son déplacement.

Tels sont les caractères objectifs du cancer de l'ombilic. Avec Verchère nous dirons : « La caractéristique de ce néoplasme est l'induration en verre de montre de laquelle s'élève le bourgeon qui s'étrangle au niveau de l'orifice aponévrotique pour venir s'épanouir dans la cavité ombilicale sans l'envahir. »

Mais cette forme en bouton de chemise est loin d'être constante. Quelquefois (obs. de Tillaux) le pédicule manque. La plaque péritonéale n'existe pas toujours. Dans notre observation, le tissu cellulaire sous péritonéal est normal. L'induration en verre de montre souvent, en raison même de sa situation profonde, par le fait de l'épaisseur de la paroi abdominale, ne peut être perçue. Elle devient une véritable trouvaille d'autopsie.

Les troubles fonctionnels sont en général peu marqués, ils passent quelquefois inaperçus au milieu du cortège des symptômes du cancer primitif.

La douleur, en général peu intense, est réveillée par le frottement des vêtements. Rarement la tumeur est le siège de vives douleurs. Le

suintement qui se fait au niveau de l'ulcération peut déterminer dans la zone ombilicale des éruptions diverses, des démangeaisons. De petites hémorragies peuvent se produire, rarement elles prennent des caractères alarmants.

Des adénopathies émanant du foyer secondaire et que l'on pourrait appeler *tertiaires* ont été souvent signalées au pli de l'aîne. Jamais, à notre connaissance, on n'a noté d'engorgement ganglionnaire dans le creux axillaire.

CHAPITRE VI

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

En 1886, Damaschino, dans la thèse de Villar, montrait l'importance du cancer secondaire de l'ombilic déjà entrevue par Catteau, « non pas seulement par la précision du diagnostic, mais encore au point de vue de la prognose elle-même ». Ses paroles ne trouvèrent pas d'écho, et encore aujourd'hui, la valeur séméiologique du cancer secondaire de l'ombilic n'est signalée par aucun ouvrage classique. Nous allons essayer de montrer quels secours pourrait trouver le clinicien dans l'étude de l'évolution de cet épithéliome secondaire.

Les observations de cancer de l'ombilic peuvent se ranger en deux groupes. Dans un premier ordre de faits, la métastase ombilicale apparaît à la période ultime, alors que la lésion primitive a déjà été reconnue, alors qu'il existe d'autres signes manifestes de généralisation ; « La tumeur ombilicale, comme le dit M. Quénu est un épiphénomène », survenant dans le cours d'une infection cancéreuse déjà avancée.

Nous laisserons de côté l'étude de ce groupe de faits qui ne comportent aucun enseignement clinique.

D'autrefois, la tumeur ombilicale apparaît alors que le cancer viscéral n'a pas encore donné lieu à des signes révélateurs ; on croit se trouver en présence d'une lésion primitive ; mais l'erreur est de courte durée. Bientôt apparaissent des troubles graves dans le fonctionnement de l'organe malade. L'état général, qui paraissait bon jusque-là, subit de profondes altérations ; l'amaigrissement devient considérable. Des noyaux métastatiques apparaissent dans le péritoine, dans le foie. Les ganglions inguinaux et sus-claviculaires subissent la dégénérescence cancéreuse.

Enfin la terminaison inévitable, la mort, survient cinq ou six mois après l'apparition de la tumeur ombilicale par les progrès de la consommation.

Ainsi donc, le noyau ombilical peut être la première et la seule manifestation extérieure d'une néoplasie viscérale qui évolue silencieusement, il en est le signe révélateur, le *signal symptom*, il devient en quelque sorte la signature de la lésion primitive.

Survenant quelquefois en pleine santé, « comme premier symptôme de la maladie qui conduira fatalement au tombeau », la tumeur ombilicale devance de quelques mois ou de quel-

ques jours les autres symptômes de cancer viscéral. Cette notion est importante à connaître, le pronostic et le diagnostic y sont engagés.

Lorain, au point de vue clinique, compare la tumeur ombilicale à un ganglion ; l'analogie nous paraît complète. Comme l'adénopathie sus-claviculaire signalée par Virchow, Henoeh, Friedrich, Troisier, le ganglion ombilical révèle un cancer abdominal. « Le développement d'une tumeur semblable, survenant chez un malade atteint d'une affection abdominale à caractères mal dessinés, devra être pris en sérieuse considération, l'existence d'un cancer viscéral sera rendue très probable. (Damaschino).

Un malade ayant dépassé la quarantaine, bien portant jusque-là, accuse depuis deux ou trois mois des troubles dyspeptiques plus ou moins prononcés. Les phénomènes se sont produits progressivement et se sont bientôt compliqués de dégoût pour certains aliments, la viande en particulier. Cependant l'affaiblissement est peu marqué, l'amaigrissement a peine appréciable. Comment établir un pareil cas, s'il s'agit de phénomènes dyspeptiques en rapport avec une gastrite ou un cancer latent ? L'apparition d'un noyau à l'ombilic permettra d'affirmer l'existence d'un néoplasme stomacal.

L'ulcère de l'estomac, par ses symptômes, la douleur, les vomissements, l'hématémèse offrent de grandes analogies avec le cancer. Le chi-

misme stomacal établit souvent la différenciation. Mais il peut, quelquefois, donner des résultats peu probants. Le doute sera tranché par l'apparition de la métastase ombilicale ; nous pourrons affirmer que l'estomac est le siège d'un cancer ou d'un ulcère en dégénérescence.

D'autrefois, une tumeur kystique de l'ovaire a été reconnue, mais on ignore sa nature ; une localisation secondaire de l'ombilic indique la malignité de l'affection, comme dans les observations de Delens et Aslanian.

On le voit, le cancer secondaire de l'ombilic permet souvent d'assurer le diagnostic. M. Demons, dans ses deux premières observations, ne faisant point attention à la localisation ombilicale, porta un diagnostic erroné. Instruit par l'expérience, il put, dans deux cas semblables, affirmer l'existence d'un cancer abdominal.

On peut rapprocher l'épithéliome de l'ombilic, de la *phlegmatia alba dolens*. « Lorsque vous êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'estomac, lorsque vous hésitez entre une gastrique chronique, un ulcère simple et un carcinome, une *phlegmatia alba dolens* survenant à la jambe ou au bras fera cesser votre indécision et il vous sera permis de vous prononcer positivement sur l'existence du cancer ». (Trousseau, *Cliniques*). Ce précepte Trousseau devait en faire sur lui-même l'application. Guidé par l'apparition de la *phlegmatia*, il fit le dia-

gnostic de son cancer avant le développement d'autres symptômes.

Dans certains cas, il nous sera également possible de prévoir le développement ultérieur du cancer de la cavité abdominale.

Etant donnée la possibilité d'un épithéliome primitif de l'ombilic, il faudra être très réservé dans ses prévisions. Nous aurons cependant, en raison de la rareté de la localisation primitive en cet endroit, les plus grandes chances de ne pas nous tromper.

La localisation à l'ombilic peut-elle renseigner sur le point de départ, l'origine de la propagation. Sans doute le cancer de l'estomac provoque le plus fréquemment la métastase ombicale, mais d'autres cancers, ceux de l'intestin, de l'ovaire peuvent donner lieu à la même manifestation. Tout ce que nous pouvons affirmer c'est que l'épithélioma primitif siège dans la cavité abdominale ; une plus grande précision risquerait de nous induire en erreur.

Si de l'existence d'un foyer cancéreux à l'ombilic nous ne pouvons tirer aucune conséquence au point de vue du siège primitif de l'affection, du moins pouvons-nous dire à quelle phase de son évolution en est arrivé le foyer initial.

Le noyau cancéreux est la manifestation extérieure de la généralisation du néoplasme, c'est le signe avant-coureur d'une mort prochaine.

Toujours, en effet, l'autopsie ou la laparotomie ont permis de constater la coexistence d'autres lésions secondaires (noyaux métastatiques du péritoine, du foie, engorgements ganglionnaires profonds). Ces lésions peuvent passer inaperçues, pendant la vie, mais n'en existent pas moins.

Une marche rapide de l'affection est la conséquence de la généralisation, la cachexie s'exagère ou apparaît si elle n'existait pas auparavant. La mort survient de deux à six mois après l'apparition de la tumeur.

De cette évolution rapide, il nous paraît logique de tirer la conclusion suivante : tout cancer de l'ombilic qui existe depuis un an n'est pas secondaire.

Etant donnée l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic des manifestations secondaires ombilicales, on ne peut que regretter le silence des auteurs classiques sur ce point.

Le cancer secondaire de l'ombilic est presque aussi fréquent que l'adénopathie sus-claviculaire signalée partout. Constituerait-il même une rareté pathologique, il devrait être étudié. Le médecin ne saurait s'entourer de trop de preuves pour éviter l'erreur.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC.

Les faits de cancer secondaire comportent, on le voit un enseignement clinique de grande valeur. Leur importance, non pas seulement au point de vue de la précision du diagnostic mais encore au point de vue de la prognose elle-même, met le médecin dans la nécessité de séparer nettement la néoplasie secondaire, des autres affections de l'ombilie ; d'éviter la confusion possible, soit avec les tumeurs bénignes, soit avec l'épithéliome primitif de cette région. Nous allons essayer d'établir ce diagnostic différentiel.

Certaines collections purulentes venant habituellement du péritoine, mais quelquefois de plus loin, du foie (par le ligament suspenseur, Lignerolles, Thèse Paris), de la rate; du poumon, peuvent soulever la cicatrice ombilicale et s'ouvrir en ce point, à la suite d'un phlegmon ombilical.

Certains de ces phlegmons, à marche lente, à parois indurées, s'accompagnant de troubles digestifs graves et d'un véritable amaigrissement, ont été pris pour des cancers. Dans l'observation de Ilue et Jacquin, dans un cas de Demarquay, on crut d'abord avoir affaire à une collection purulente et on incisa. Mais l'erreur est généralement de courte durée, la fluctuation devient si évidente que le doute n'est plus possible. L'étude de la température, la marche de l'affection fournissent également en pareille circonstance des renseignements extrêmement précis.

Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, insiste la possibilité de confondre le cancer ombilical avec certaines tumeurs intra-abdominales venant faire saillie au niveau de l'ombilie. Le plus souvent il suffira de penser à cette cause d'erreur pour éviter la confusion.

Des hernies ombilicales irréductibles peuvent simuler une tumeur maligne de cette région. Le diagnostic peut être quelquefois difficile, surtout quand il y a coexistence d'un cancer viscéral, comme dans un cas de M. Heresco consigné dans le *Bulletin anatomique* de 1896. Mais les hernies ombilicales, se faisant par la partie supérieure de l'anneau, ou ayant un siège para-ombilical, refoulent la cicatrice en bas et la laissent plus ou moins dépliée. Elles offrent une consistance molle pâteuse due à leur con-

tenu épiploïque. Leur début remonte quelquefois à plusieurs années, elles ne s'accompagnent d'aucune modification dans l'état général.

La hernie graisseuse sous-péritonéale ne survient que chez des gens obèses.

Nous insisterons peu sur le diagnostic différentiel du cancer ombilical avec les autres tumeurs bénignes. L'évolution de ces dernières est assez caractéristique et rend l'erreur difficile.

Certains fibromes cependant présentent une marche assez rapide, mais là, on n'observe pas d'altération de l'état général. La tumeur est dure de consistance fibreuse, sans tendance à l'ulcération.

La confusion peut se produire avec un papillome dont la surface se serait ulcérée, mais, comme le fait remarquer M. Tillaux : « Le papillome n'est pas lisse, régulier à sa périphérie, il est généralement constitué par de petits lobules juxtaposés et séparés les uns les autres par des sillons, ce qui le fait comparer à un chou-fleur. Sa marche n'est pas la même, il augmente par l'addition de nouveaux lobules, beaucoup plus que par accroissement de ceux qui existaient déjà ».

Les ulcères simples de l'ombilic tiennent le plus souvent à la malpropreté et en particulier à un amas de matière sébacée chez les obèses.

Ils sont peu graves et disparaissent avec des soins de propreté.

Les ulcérations vénériennes méritent à peine d'être signalées, elles sont excessivement rares. M. Fournier fait mention d'un chancre simple de l'ombilic dont la description ne présente rien de particulier.

Le diagnostic du cancer secondaire et du sarcome est beaucoup plus difficile et souvent même impossible. Dans les deux cas, la tumeur est dure, arrondie, à marche rapide. Mais dans cette région, les sarcomes sont très rares; Villar, dans sa thèse, n'a pu en citer qu'un exemple. Depuis, croyons-nous, on n'en a publié qu'une ou deux observations. L'âge avancé du malade, les troubles de la santé générale, l'envahissement du système ganglionnaire feront rejeter l'idée de sarcome.

En général dans la plupart des cas, le diagnostic du cancer est facile; mais s'agit-il de lésions primitives ou secondaires? La question offre une grande importance au point de vue du pronostic et de l'intervention?

C'est ici que commence la difficulté.

A une période avancée, quand il existe un état d'anémie ou de cachexie plus ou moins marqué, quand l'examen révèle l'existence d'une tumeur viscérale, quand les phénomènes de propagation (foie hypertrophié, noyaux métastatiques du péritoine adénopathies à dis-

tance, etc.) sont manifestés, l'hésitation n'est pas un seul instant permise, et l'on peut affirmer que le néoplasme ombilical est secondaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le cancer ombilical peut être la première et la seule manifestation extérieure d'une néoplasie viscérale qui évolue silencieusement. Le médecin doit faire l'examen attentif et minutieux des faits, avant de se prononcer.

Les caractères objectifs de la tumeur permettent-ils d'affirmer qu'on est en présence d'une lésion primitive ou secondaire? Le plus souvent ces caractères n'ont aucune valeur. L'absence d'adhérences, la mobilité se rencontrent aussi bien dans les deux formes, ainsi que l'aspect pédiculé de la tumeur. L'induration profonde semble être la caractéristique du cancer secondaire, cependant elle fait quelquefois défaut. Profondément située, cachée sous une paroi résistante elle peut passer parfaitement inaperçue. L'état des ganglions axillaires n'a pas de valeur, ils peuvent être envahis ou indemnes.

L'évolution du cancer secondaire est plus rapide, la difficulté est d'avoir sur ce point des notions exactes. L'attention du malade n'est souvent éveillée que lorsque la tumeur offre un certain volume. Il est légitime de conclure que la durée d'un néoplasme de l'ombilic au delà d'un an est une très forte présomption contre sa nature secondaire.

L'histologie peut, dans certains cas, venir au secours de la clinique. Si la tumeur est facilement accessible et nettement pédiculée, on peut en enlever un fragment, qui, porté sous le microscope, nous renseignera sur le type auquel appartient le néoplasme. S'agit-il d'un cancer pavimenteux, la lésion est primitive, dans le cas contraire toujours secondaire.

En résumé, en dehors de l'examen histologique, aucun des caractères cliniques ne nous permet de formuler un diagnostic ferme, aucun n'est pathognomonique, nous ne pouvons avoir que des signes de présomption.

En présence de cette incertitude, le moindre trouble apporté dans le fonctionnement d'un organe prend une grande importance. Il devient un signe de grande valeur, non seulement pour expliquer la nature de la tumeur ombilicale, mais encore pour fixer le siège et l'origine de la lésion primitive, point de départ de la généralisation. Car il ne faut pas se contenter de dire quel est le type du néoplasme ; de sa nature dépend assurément le pronostic, il faut aussi, toutes les fois que la chose est possible, localiser la tumeur primitive : la connaissance du siège peut être très utile au cours de l'intervention.

L'examen des organes est souvent fort délicat. Nous ne dirons pas comment il faut le pratiquer, ni à quels signes on reconnaîtra un néoplasme viscéral. Il nous faudrait reprendre l'his-

toire de chaque cancer en particulier et nous sortirions du cadre que nous nous sommes assigné. Nous nous contenterons de recommander la plus grande attention dans cet examen. Si les cancers des organes génitaux sont peu souvent méconnus, grâce à leur exploration facile par le toucher vaginal, grâce aussi à l'envahissement rapide du péritoine, ce réactif de l'appareil génital; il n'est pas rare, surtout dans les cancers du tube digestif de voir des néoplasmes, même anciens, évoluer insidieusement. Il existe bien quelques troubles digestifs, une légère altération de la santé générale mais ces phénomènes sont peu prononcés et nullement en rapport avec la gravité de la lésion stomacale ou intestinale. Les symptômes les plus importants: la tumeur, l'hématémèse, le mœlena, les vomissements et la cachexie font défaut.

Il suffit de lire notre observation n° 1 et d'autres analogues pour voir combien, dans certains cas, le diagnostic entre l'épithéliome primitif et secondaire de l'ombilic offre de difficultés.

Supposons que nous n'ayons trouvé aucun signe nous permettant d'affirmer l'existence d'un néoplasme, dans la cavité abdominale; pouvons nous dire que la tumeur ombilicale est primitive? Même, dans ce cas, le diagnostic doit être hésitant. Certains cancers de l'estomac ont évolué d'une façon latente, tantôt c'est d'une façon tout à fait imprévue qu'on les rencontre à l'autopsie.

D'autrefois, et Chesnel dans sa thèse en rapporte de nombreuses observations, il est masqué par d'autres affections.

En résumé le diagnostic différentiel de cancer secondaire et primitif de l'ombilic est souvent fort difficile, quelquefois impossible. Une laparotomie exploratrice peut seule trancher la question.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT.

Qu'elle est la conduite à tenir en présence d'un cancer de l'ombilic ? Faut-il intervenir, ou laisser la néoplasie continuer son évolution ? La question est fort délicate et mérite d'être soigneusement discutée.

Si la nature de la tumeur ombilicale a été reconnue, il est évident que son ablation est contre indiquée. En effet, pourquoi enlever le noyau secondaire si le foyer primitif subsiste ? On n'empêchera pas ce dernier d'évoluer ; peut-être même, à la suite de l'intervention, sa marche sera-t-elle plus rapide.

Dans certains cas, cependant, on pourra tenter l'exérèse. C'est lorsque le cancer est le siège de vives douleurs et donne lieu à des hémorrhagies qui mettent la vie du malade en danger. Cette intervention purement palliative sera très rare.

Si l'ablation du foyer secondaire est inutile et même dangereuse, ne pourrait-on pas tenter la

cure radicale et du néoplasme primitif et de sa généralisation à l'ombilie?

Si en dehors du foyer ombilical il existe d'autres signes de généralisation (noyaux métastatiques au foie et au péritoine, adénopathies à distance) on ne pourrait hésiter : il faut s'abstenir sous peine de précipiter le dénouement fatal.

Est-on plus autorisé à intervenir quand la tumeur ombilicale est la seule manifestation de la néoplasie viscérale ? Nous ne le pensons pas. La guérison ne serait possible qu'à une seule condition, c'est qu'il n'existerait pas d'autres lésions secondaires. Or, cette constatation n'a jamais pu être faite jusqu'ici. Même dans le cas où l'examen le plus attentif n'avait révélé la présence d'aucun foyer de généralisation, toujours la laparotomie ou l'autopsie ont montré la coexistence d'autres noyaux de dissémination. Dans ces conditions nous croyons pouvoir affirmer que le cancer ombilical, comme les adénopathies à distance, constitue une contre indication à la cure radicale.

La tentative de Fischer de Breslau semble nous donner raison. Ce chirurgien opéra, en 1888, une femme de 52 ans atteinte d'une tumeur carcinomateuse de l'ombilie. Au cours de l'intervention, il découvrit que la paroi antérieure de l'estomac était perforée et transformée en une vaste ulcération cancéreuse en communication avec le côlon transverse. Il pratiqua la résection de la paroi antérieure de

l'estomac et du côlon et réunit les bords de la plaie gastro intestinale. L'opérée se remit très bien des suites de l'opération, mais mourut cinq mois après de cachexie cancéreuse.

Si l'on ne peut guérir, du moins faut-il essayer de soulager. Supposons qu'un cancer de l'estomac resté latent jusque-là, vienne à se compliquer de phénomènes de sténose pylorique ; que l'obstruction intestinale survienne chez un malade atteint d'épithéliome de l'intestin. Doit-on rester impuissant devant ces complications qui conduisent à la mort par inanition ? Les soins médicaux sont le plus souvent illusoires. Nous ne nierons pas que les lavages, l'ingestion d'alcalins peuvent atténuer les symptômes de rétrécissement pyloriques. Mais cette thérapeutique ne guérira pas la stase gastrique.

Devant les excellents résultats obtenus par la chirurgie abdominale, dans ces dernières années, nous croyons pouvoir conseiller, dans l'intérêt du malade, une opération palliative, comme la gastro-entérostomie, l'entéro-entérostomie. Evidemment, nous ne guérirons pas, mais nous prolongerons la vie pendant quelques mois en évitant l'inanition.

Nous avons vu que dans certaines circonstances, le néoplasme viscéral restait latent, qu'il était impossible de savoir si le cancer de l'ombilic était primitif ou secondaire. Quelle devra être, dans ces cas, la conduite du médecin ?

La cure radicale est contre-indiquée dans les cas de cancers secondaires.

Les résultats obtenus à la suite d'une intervention sont peu encourageants.

Verchère a fait une laparotomie exploratrice, il dut refermer la cavité abdominale en présence d'une carcinomatose généralisée du péritoine.

Une fois, Fischer a tenté la cure radicale. Dix omphalectomies ont été pratiquées par MM. Delens, Heurteaux, Hutchinson, Tillaux, Von Bergmann, Quénu, Aslanian, Legueu. Deux fois la mort est survenue à la suite de l'opération (Tillaux, Legueu). La survie, dans les autres cas, a varié entre deux et six mois.

Si, d'autre part, l'épithéliome est primitif, il est justiciable d'une intervention précoce et radicale. Desprès a obtenu une guérison sans récurrence dans un cas de ce genre.

Que faire ? L'hésitation est grande.

Se résignera-t-on à pratiquer dix opérations inutiles pour tenter une cure radicale ?

Étant donnée la possibilité d'un épithéliome primitif, la gravité du pronostic d'un cancer secondaire, nous estimons avec Burckart que, dans le doute, il ne convient pas de s'abstenir.

Nous conseillons donc de pratiquer une laparotomie exploratrice avec un omphalectomie.

Si l'épithéliome est primitif, on fait sur le champ son ablation.

Si la lésion ombilicale est secondaire, on recherche le siège de la tumeur primitive. On voit si elle adhère aux parties voisines, s'il existe d'autres signes de généralisation.

Si on n'aperçoit pas comme dans le cas de M. Tillaux, de noyaux secondaires, on est en droit de tenter la cure radicale.

Existe-t-il des foyers secondaires multiples, on referme, comme l'a fait M. Verchère, la cavité abdominale.

Comment procéder à l'exérèse, quand l'intervention est décidée ?

Nicaise, Villar, conseillent de diviser la tumeur en deux parties et de disséquer chaque portion isolément, puis d'enlever l'anneau et le péritoine s'ils sont adhérents. Nous craignons que ce procédé n'expose à la possibilité d'une inoculation surtout redoutable dans le péritoine.

Nous préférons avec la majorité des auteurs, limiter la tumeur par une incision elleptique, puis pratiquer son ablation. On referme la cavité abdominale par trois plans de sutures.

L'omphalectomie avec laparotomie exploratrice paraît être une opération bénigne, malgré une issue funeste chez les malades de MM. Le gueur et Tillaux. Sans doute, comme toute intervention elle comporte une certaine part d'aléa, mais dans la majorité des cas elle n'offre aucun danger pour la vie des malades.

Dans les cas douteux, lorsque le diagnostic

est hésitant, en pratiquant la laparotomie on a la certitude de ne pas être nuisible ; on a l'espoir, s'il s'agit d'un cancer primitif, d'obtenir la guérison et de sauver le malade d'une mort prochaine.

CONCLUSIONS

Le cancer secondaire est assez fréquent à l'ombilic, beaucoup plus fréquent que l'épithéliome primitif.

Le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de la cavité abdominale, et plus particulièrement de l'estomac, de l'ovaire et de l'intestin.

La propagation à l'ombilic se fait presque toujours par voie lymphatique. Pour les néoplasmes de l'estomac, elle semble se produire le long du petit épiploon et du ligament suspenseur du foie.

La caractéristique du cancer secondaire semble être la forme « en bouton de chemise », mais celle-ci est loin d'être constante.

La localisation secondaire peut n'apparaître qu'à la période ultime, alors que le néoplasme viscéral a été reconnu. Elle constitue souvent, fait très important à retenir, la première et la seule manifestation extérieure d'une affection cancéreuse latente.

La présence d'un foyer secondaire à l'ombilic

a une grande importance au point de vue du diagnostic de la lésion viscérale. Elle permet, en outre, de préjuger une mort prochaine.

Le diagnostic du cancer secondaire et de l'épithélioma primitif de l'ombilic est quelquefois fort difficile, souvent même impossible.

Quand la nature secondaire de la tumeur a été reconnue, la cure radicale et du néoplasme viscéral, et du foyer secondaire ombilical est contre-indiquée. On ne peut tenter que des opérations palliatives (gastro-entérostomie, entéro-anastomose).

Etant donnée la possibilité d'un épithéliome primitif, dans les cas où le diagnostic est hésitant, il ne faut pas s'abstenir. La laparotomie exploratrice, avec omphalectomie, nous paraît devoir être conseillée.

Vu par le Président de la thèse
GUYON

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer:
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- CELSE. — De re medica, lib. VII.
- BÉRARD. — Dict. 40 vol. Article ombilic.
- BOYER (A.). — Traité des maladies chirurg., t. IV, page 127.
- NÉLATON. — Path. chirurg., t. IV, page 525, 1857.
- FABRICE DE HILDEN. — Observationes chirurgicæ cent. V.
Obs. LXII.
- CIVADIER. — J. méd. Bruxelles, tome IV, p. 37.
- DEMARQUAY. — Bull. soc. chir, 1870.
- DESPRÉS. — Bull. soc. chirurgie, 1883.
- DÉJÉRINE (Sollier). — Bull. soc. anat., 1888.
- KUSTER (E.). — Beitrag zu Geburtschulfe und gynecol. Tome
IV, fas. I, 1875.
- CATTEAU. — Thèse Paris, 1876.
- LIVEING. — In Lancet, 1875.
- MUSSY (G. DE). — Clinique II, p. 30.
- CHUQUET. — Thèse Paris, 1879.
- CODET. — Thèse Paris, 1883.
- BERGEAT. — Th. Munich.
- NICAISE. — Article tumeurs de l'ombilic. Dict. Jaccoud. Revue
chirurgie, 1885. Dévelop. cancer secondaire.
- BLUM. — Archives de médecine, 1876. Tumeurs de l'ombilic.
- VILLAR. — Tumeurs ombilic, 1886. Paris.
- TILLAUX. — Annales gynécologie.
- BURCKART. — Thèse Munich, 1889.

NEVEU. — Th. Paris, 1890. Cancers de l'ombilic.

BONVOISIN. — Th. Paris, 1890, n° 305.

PIOLE. — Th. Paris, 1890. Contribut. à l'étude cancer rétro-péritonéal.

VILLAR. — Journal méd. Bordeaux, 22 février 1891.

DEMONS. — Congrès de gynécol. Bordeaux, août 1895.

VERCHÈRE. — Revue mal. cancéreuses, janvier 1896.

QUÉNU et LONQUET. — Revue de chirurgie, 1896. Cancer secondaire de l'ombilic.

MICHAUX. — Tumeurs de l'ombilic. Traité de chirurgie Duplay et Reclus.

HAYEM. — Maladies de l'estomac. Traité méd. Brouardel et Girode.

HAUSSMANN. — Th. Paris, 1882. Cancers intestin.

